

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



ACCIONES DE MEJORAMIENTO

Código: GS-0-P-003

Versión: 014

Fecha: 2026-02-10

Clasificación: 1.
Restringido

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. RESPONSABILIDADES
4. DEFINICIONES
5. CONSIDERACIONES GENERALES
5.1. Identificación de recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos a la gestión institucional
5.2. Establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento
5.2.1. Análisis de causas
5.2.2. Establecer actividades de la acción de mejoramiento
5.3. Seguimiento y cierre de acciones de mejoramiento
5.4. Modificaciones acciones de mejoramiento
6. GESTIÓN ACCIONES DE MEJORAMIENTO ORGANISMOS DE CONTROL EXTERNO
6.1. Contraloría General de la Republica
6.2. Ministerio de Trabajo
7. GESTIÓN ACCIONES DE MEJORAMIENTO EVALUACIONES INDEPENDIENTES
7.1. Oficina de Control Interno
7.2. Inspector General
8. GESTIÓN ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR AUTOEVALUACIÓN
9. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CAUSAS "5 PORQUÉ"
10. CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS
11. CONTENIDO
11.1. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - OFICINA DE CONTROL INTERNO
11.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - INSPECTOR GENERAL
11.3. AUTOEVALUACIÓN
12. DOCUMENTOS RELACIONADOS
13. ANEXOS



1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la identificación, formulación, seguimiento y cierre de las acciones de mejoramiento, mediante las cuales se atienden las recomendaciones, observaciones, no conformidades y hallazgos para el mejoramiento del desempeño institucional.

2. ALCANCE

Aplica para la identificación, formulación, seguimiento y cierre de las acciones de mejoramiento que se establecen para la mejora del desempeño institucional, el cual debe ser aplicado por los procesos / dependencias.

3. RESPONSABILIDADES

El Jefe de la Oficina Planeación y los servidores públicos que designe para apoyar la formulación de las acciones que atiendan las observaciones, recomendaciones, no conformidades, y hallazgos, identificados en desarrollo de las actividades de control, seguimiento y evaluación de la gestión institucional, así como a los servidores públicos responsables de los procesos/dependencias y los servidores públicos que ellos designen.

4. DEFINICIONES

1. **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. NTC-ISO-9000:2015.
2. **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. NTC-ISO-9000:2015
3. **Mejora continua:** Actividad recurrente para mejorar el desempeño. NTC-ISO-9000:2015
4. **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito. NTC-ISO-9000:2015

5. CONSIDERACIONES GENERALES

La mejora continua corresponde a toda aquella actividad recurrente que busca aumentar la capacidad de la Entidad para cumplir los objetivos y requisitos institucionales, aumentar la satisfacción de las partes interesadas y el fortalecimiento de la gestión institucional.

De acuerdo con lo anterior, existen dos elementos básicos que son comunes a esta actividad:

- i) El modelo o situación esperada que determina como debería ser la gestión observada.
- ii) La situación real, concreta, constituida por la gestión observada y las circunstancias que la afectan.

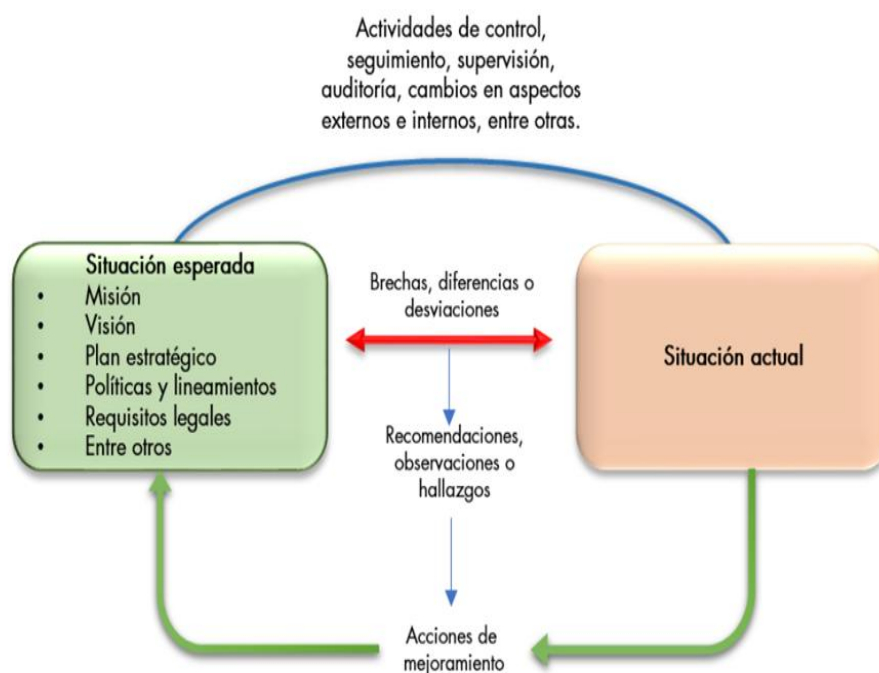


Imagen 1. Situación esperada vs. Situación actual

El proceso de mejora continua se desarrolla de acuerdo con las siguientes fases:

Fase I. Identificación de recomendaciones, observaciones, no conformidades y hallazgos a la gestión institucional.

Fase II. Establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento.

Fase III. Seguimiento y cierre de acciones de mejoramiento.



Imagen 2. Fases de mejora continúa

5.1. Identificación de recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos a la gestión institucional



Esta fase parte de los resultados obtenidos en desarrollo de las actividades de seguimiento, supervisión, auditorías internas y externas, entre otras, las cuales emiten un juicio sobre el estado actual de un aspecto de la gestión institucional, con respecto a un modelo que se contrasta sistemáticamente con la realidad.

En caso de identificarse el incumplimiento o posible incumplimiento de un objetivo o requisito se deben establecer acciones de mejoramiento, las cuales tienen como propósito eliminar o mitigar la situación presentada, así como las causas de la no conformidad, en caso de ser procedente. Esta acción debe contener una corrección, con el fin de subsanar el incumplimiento identificado.

Para el registro de la identificación de recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos a la gestión institucional, se emplea el formato:

[ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 \(007\)](#)

5.2. Establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento

De considerarse pertinente, esta fase se puede adelantar a través de mesas de trabajo en las que participen diferentes representantes del proceso/ dependencia, en aras de buscar la articulación de esfuerzos y recursos para el desarrollo y mejoramiento de la gestión institucional. Para el establecimiento de las acciones de mejoramiento se debe tener en cuenta:

5.2.1. Análisis de causas

El objetivo principal de esta etapa es identificar las causas que generaron las no conformidades o hallazgos a la gestión institucional, para el efecto se podrán utilizar las herramientas que se presentan en el documento:

[INNOVACIÓN FC-I-P-001 \(003\)](#)

Una de las herramientas empleadas para efectuar el análisis, corresponde a la técnica de los 5 por qué, cuya metodología se detalla en el numeral 9 de este documento.

Se recomienda que, para efectuar el análisis, se adelanten los siguientes pasos:

1. Describir claramente la no conformidad o hallazgo a la gestión que fue evidenciado. Las causas raíces identificadas van a depender de la manera en que se defina el problema o el evento. Se requiere una efectiva declaración del problema, así también como una efectiva descripción del evento. Definir el problema o describir el evento con hechos. Incluir atributos cuantitativos y cualitativos de la consecuencia, esto es especificar la naturaleza, la magnitud, la ubicación y el momento del hecho.
2. Recopilar datos que permitan identificar las razones por las cuales se generó la no conformidad o hallazgo. Para ser efectivo, el análisis debe establecer la



secuencia de eventos o línea del tiempo para entender las relaciones entre los factores contribuyentes (causales), la causa raíz y el problema o evento identificado. Recolectar datos y evidencia, ordenarla en una línea de tiempo hasta el momento de la falla/crisis. Para cada comportamiento, condición, acción e inacción aclarar en la línea de tiempo qué debería haberse hecho cuando difiera de lo que se hizo.

3. Definir las causas. Identificar las secuencias de los eventos generadores de la no conformidades o hallazgo. Para el efecto, es recomendable realizar un diagrama o gráfico que evidencie visualmente las causas y los efectos que generaron la situación no deseada. Es importante que en el diagrama se identifique las causas asociadas con cada paso en la secuencia hacia el problema y que factores contribuyeron directamente a la generación.
4. Identificar causa raíz. Seleccionar la razón principal que generó la no conformidades o hallazgo. Puede haber más de una causa raíz por evento o problema.

La causa raíz identificada, resultado de la aplicación de la metodología para el análisis de causas, se debe registrar en el formato:

[ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 \(007\)](#)

5.2.2. Establecer actividades de la acción de mejoramiento

Las actividades que se definan como parte de la acción, deben ser coherentes con las causas identificadas, la gravedad de los efectos negativos, el aprovechamiento de oportunidades, la duración y el grado de dificultad de las soluciones, la capacidad del recurso humano, y los insumos que se requieren para su ejecución.

Como parte del establecimiento de acciones, se debe definir la actividad, la dependencia responsable, fecha de inicio, fecha de terminación, unidad de medida de los resultados y meta.

Cabe resaltar, que el establecimiento de la unidad de medida de los resultados, busca garantizar la uniformidad de los registros, para lo cual se deben emplear evidencias tales como:

Para la elaboración de informes y estudios:

[FICHA INFORMES O ESTUDIOS DE-P-F-006 \(003\)](#)

Para registrar los eventos, socializaciones, campañas, cursos, capacitaciones, sensibilizaciones, entre otros:

[FICHA REPORTE DE EVENTOS DE-P-F-007 \(004\)](#)

Para la elaboración de planes o cronogramas de trabajo:



[FICHA CRONOGRAMA DE TRABAJO DE-P-F-008 \(006\)](#)

Para registrar los asistentes a actividades o eventos realizados con la participación de personal interno y/o externo:

[LISTA - REGISTRO DE ASISTENCIA DE-P-F-010 \(006\)](#)

Por otra parte, para el registro del establecimiento e implementación de las acciones de mejoramiento, se emplea el formato:

[ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 \(007\)](#)

Para el establecimiento de las acciones de mejoramiento la dependencia cuenta con diez (10) días hábiles posteriores a la entrega formal del informe y el responsable del proceso/dependencia debe remitirlas a la dependencia que efectuó las recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos, mediante comunicación o correo electrónico radicado en el sistema de correspondencia de la Entidad.

En caso de requerir un plazo superior a 10 días hábiles para el establecimiento de las acciones de mejoramiento, el responsable del proceso/dependencia podrá realizar solicitud de prórroga a la dependencia que efectuó las recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos, informando la respectiva justificación. En caso de no formular acciones de mejoramiento, el responsable del proceso/dependencia debe presentar, a la dependencia que evidenció la situación no deseada la correspondiente justificación.

Las actividades que se establezcan en las acciones de mejoramiento, no deben superar un plazo de ejecución superior a un año, a partir de la radicación del informe de recomendaciones, observaciones, no conformidad o hallazgos.

Una vez se recibe las acciones de mejoramiento formuladas, la dependencia que efectuó las recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos, revisa que se haya dado cumplimiento a los lineamientos establecidos en el presente procedimiento y la adecuación y oportunidad de las acciones propuestas. En caso de no darse cumplimiento, se devuelven las acciones de mejoramiento a la dependencia responsable para que se revisen y reformulen las acciones correspondientes y radiquen de nuevo ante la dependencia generadora de las observaciones.

El incumplimiento de lo aquí establecido podrá dar lugar a las responsabilidades disciplinarias a que haya lugar, de conformidad con lo señalado en el Manual de Procedimientos Disciplinarios y la normativa vigente.

[PROCESO DISCIPLINARIO TH-D-M-001 \(005\)](#)



5.3. Seguimiento y cierre de acciones de mejoramiento

El seguimiento tiene como propósito evaluar la adecuación, eficacia y oportunidad de las medidas tomadas, con base en el esquema de las tres líneas. Para el seguimiento y cierre de las acciones de mejoramiento producto de las evaluaciones independientes, se adelantan las siguientes actividades:

La primera línea de defensa correspondiente a los responsables de cada uno de los procesos o dependencias apoyado en los servidores públicos que designen serán responsables de realizar el seguimiento mensual del cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.

La segunda línea de defensa corresponde a la Oficina de Planeación, los responsables de los Sistemas de Gestión Institucional y los directivos apoyados en los servidores públicos que designen serán responsables de verificar y consolidar el cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento previo a la realización de los reportes a la Oficina de Control Interno.

• Reporte

Los responsables de cada dependencia reportan a la Oficina de Control Interno de forma trimestral el avance de las acciones de mejoramiento, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente al trimestre a reportar (enero, abril, julio y octubre) adjuntando las evidencias correspondientes.

El reporte del seguimiento y las evidencias de las acciones de las acciones de mejoramiento desarrolladas, deben hacer referencia al resultado de ejecución de la actividad, teniendo como base los registros, los cuales deben corresponder a la unidad de medida y la meta definida. Esta información se debe registrar en el formato:

[ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 \(007\)](#)

La conservación de las evidencias del cumplimiento de las acciones de mejoramiento, es responsabilidad de cada proceso/dependencia, para lo cual debe cumplir los lineamientos establecidos en materia de gestión documental.

[GESTIÓN DOCUMENTAL AL-D-M-001 \(010\)](#)

• Consolidación de avances y seguimiento.

La Oficina de control interno consolida los reportes de las acciones de mejoramiento allegados por los procesos/dependencia.

Con base en el reporte de avance trimestral de las acciones de mejoramiento realizado por los responsables de los procesos/dependencias, la Oficina de Control Interno como tercera línea, realiza el seguimiento, verificando la información



reportada, contra los soportes o evidencias correspondientes a la ejecución de la actividad. Dicha verificación se adelanta a través de visitas in situ, reuniones virtuales, mesas de trabajo, inspecciones, entre otras técnicas, con el fin de establecer de manera independiente y objetiva la efectividad de las actividades.

Los informes de seguimiento a los planes de mejoramiento son presentados al Director General, a las dependencias responsables de los Sistemas de Gestión Institucional y a las dependencias generadoras de recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos, según corresponda. Para el caso de los planes de mejoramiento derivados de las verificaciones por parte de la Inspección General, serán informados a la Oficina de Planeación.

Al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se presenta un reporte consolidado del avance de la ejecución de los planes de mejoramiento.

• Cierre

Las dependencias generadoras de recomendaciones, observaciones, no conformidades o hallazgos a la gestión institucional, les corresponde realizar el cierre de los planes de mejoramiento siempre y cuando la dependencia cumpla con el 100% de las actividades y exista evidencia de su efectividad acorde con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno.

5.4. Modificaciones acciones de mejoramiento

Las modificaciones a las acciones de mejoramiento producto de las actividades de evaluación independiente, que puedan ser requeridas por circunstancias excepcionales, deben ser solicitadas y justificadas por el servidor público responsable del proceso/dependencia, con anterioridad a la fecha límite de terminación de la actividad, para revisión por parte de la dependencia generadora de la recomendación, observación, no conformidades o hallazgo.

En caso de requerirse prórroga de la fecha de terminación de las actividades de las acciones de mejoramiento, se podrá realizar una prórroga por actividad y el plazo propuesto para la nueva fecha de terminación no puede superar la mitad del tiempo establecido inicialmente.

La eliminación de actividades de acciones de mejoramiento debe ser solicitado por el responsable del proceso/dependencia, con la respectiva justificación y será procedente cuando:

- No sea posible llevar acabo lo planteado por factores fuera del alcance de la dependencia y que impidan su realización.
- Exista un cambio normativo que impida o desvirtué su cumplimiento.
- Se haya contemplado la actividad dentro de otra acción mejoramiento.



6. GESTIÓN ACCIONES DE MEJORAMIENTO ORGANISMOS DE CONTROL EXTERNO

6.1. Contraloría General de la Republica

La formulación del Plan de Mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, CGR, se deberá tener en cuenta los lineamientos previstos en este documento y su establecimiento será liderado por la Dirección de Gestión Institucional quien convoca a los responsables de procesos/dependencias involucradas a mesas de trabajo para la concertación de las acciones de mejoramiento.

Posterior a la entrega del informe final de auditoría por parte de la CGR, la Entidad formula y suscribe el correspondiente plan de mejoramiento, dentro del periodo determinado en el informe final de auditoría.

Establecidas las acciones de mejoramiento, se remiten a la Oficina de Control Interno, OCOIN, para verificación del cumplimiento de los lineamientos establecidos en este procedimiento y la coherencia entre las actividades propuestas y las causas identificadas. Le corresponde a OCOIN enviar el Plan de Mejoramiento ante la CGR, a través del aplicativo del Sistema de Información de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes - SIRECI o el mecanismo establecido para tal fin.

Las modificaciones a las acciones de mejoramiento establecidas para atender los hallazgos, deben ser solicitadas por el directivo responsable de la dependencia encargada de ejecutar la acción al Director General para su aprobación, con copia a la Oficina de Control Interno. La solicitud debe incluir la justificación correspondiente, y deberá efectuarse como mínimo con diez (10) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la misma.

El cierre de las acciones de mejoramiento, se realiza una vez verificado el cumplimiento en ejercicio de auditoría y comunicado en el informe final por parte de la Contraloría General de la Republica, para lo cual los servidores públicos responsables de la dependencia deben conservar las evidencias de ejecución de las actividades y garantizar la continuidad de la acción implementada, razón por la cual, en los reportes semestrales de seguimiento se debe indicar las actividades que dan dicha continuidad.

La Oficina de Control Interno, en atención a los criterios definidos por la CGR, adelanta las siguientes actividades:

i) Realiza el análisis de la efectividad de las acciones adelantadas, para subsanar las causas generadoras del hallazgo, teniendo en cuenta los siguientes criterios:



a) Desaparición de la causa de hecho: las acciones de mejora en las cuales se haya determinado que las causas del hallazgo han desaparecido o se han modificado los supuestos de hecho que dieron origen al mismo.

b) Desaparición o modificación del fundamento normativo: las causas normativas del hallazgo han desaparecido o se han modificado.

c) No hay repetición: las situaciones evidenciadas en los hallazgos no se han vuelto a presentar, en donde se podrá tener como referente objetivo que:

- En los dos (2) últimos años no se han presentado hallazgos por parte de la CGR, respecto a situaciones similares.
- En los dos (2) últimos años no se han presentado, observaciones, hallazgos o no conformidades respecto a situaciones similares, en auditorías realizadas por OCOIN. Para el caso en que se hayan evaluado acciones “No Efectivas”, la reformulación de dichas acciones debe ser reportada al organismo de control, en el siguiente informe semestral de seguimiento, a través de SIRECI.

ii) Reporta el avance a los planes de mejoramiento producto de auditorías realizadas por la CGR, en los plazos establecidos y de acuerdo con la metodología definida por el organismo de control.

iii) Reporta semestralmente a la CGR, el Informe de seguimiento a través del SIRECI, con los avances de cumplimiento y evaluación de efectividad del Plan de Mejoramiento en el formato establecido por el organismo de control.

iv) Comunica los resultados de seguimiento al cumplimiento y evaluación de efectividad del Plan de Mejoramiento producto de auditorías realizadas por la CGR a la Alta Dirección, al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y lo incluye dentro del informe trimestral de seguimiento de la Oficina de Control Interno.

6.2. Ministerio de Trabajo

Para el caso de los hallazgos y recomendaciones efectuadas por el Ministerio de Trabajo, resultado de las auditorías realizadas al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Dirección de Gestión Institucional – Grupo Interno de Trabajo de Talento Humano, coordina las actividades requeridas para la formulación y seguimiento de las acciones de mejoramiento, para lo cual debe tener en cuenta los términos establecidos por la Entidad en mención.

Las modificaciones a las acciones de mejoramiento establecidas, deben ser solicitadas por el directivo responsable de la dependencia encargada de ejecutar la acción, al Director General para su aprobación. La solicitud debe incluir la justificación correspondiente, y deberá efectuarse como mínimo con diez (10) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la misma.

7. GESTIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO EVALUACIONES INDEPENDIENTES

7.1. Oficina de Control Interno



En desarrollo del plan anual de auditoria interna, la Oficina de Control Interno, genera oportunidades de mejora, observaciones y/o recomendaciones, en desarrollo de las auditorías internas de gestión, elaboración de informes de ley y seguimientos a la gestión institucional.

Así mismo, coordina las actividades requeridas para el seguimiento de acciones de mejoramiento que se establezcan por la materialización de riesgos, verificaciones realizadas por la Inspección General y las auditorías internas y externas al SIGI.

7.2. Inspector General

En relación con las recomendaciones presentadas al Director General por la Inspección General, el establecimiento y ejecución de las acciones de mejora correspondiente, es coordinado y articulado por la Oficina de Planeación, dependencia que se encarga de presentar los informes correspondientes al Director General para su conocimiento, aprobación y remisión de la Inspección General.

De otra parte, para la formulación de acciones de mejoramiento, se cuenta con veinte (20) días hábiles para comunicarla oficialmente, contados a partir de las instrucciones impartidas por el Director General.

Las modificaciones a las acciones de mejoramiento establecidas, deben ser solicitadas por el directivo responsable de la dependencia encargada de ejecutar la acción, a la Oficina de Planeación, para revisión y tramite de autorización del Director General, y posterior envío a la Inspección General. La solicitud debe incluir la justificación correspondiente, y deberá efectuarse como mínimo con diez (10) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la misma.

8. GESTIÓN ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR AUTOEVALUACIÓN

Dentro de los mecanismos de autoevaluación se encuentran actividades relacionadas con la valoración y monitoreo a riesgos; seguimiento indicadores; retroalimentación de partes interesadas; cumplimiento requisitos legales; análisis de cambios u oportunidades (aspectos externos e internos); informes o estudios de seguimiento, investigación de incidentes y accidentes de trabajo; reportes de enfermedades laborales; visitas de seguimiento y monitoreo por parte de Gestión Documental, evaluación de Acuerdos de Gestión, entre otros.

En las actividades de autoevaluación participan los servidores públicos que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación. El seguimiento y cierre de las acciones de mejoramiento establecidas por autoevaluación, los efectúa el responsable del proceso/dependencia.

9. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CAUSAS “5 POR QUÉ”

La técnica “5 Por qué”, consiste en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generaron las no conformidades o hallazgos, permitiendo descubrir información de manera sistemática, analizando las causas y desarrollando soluciones a las preguntas planteadas.

Esta metodología se basa en un proceso de trazabilidad, donde se hacen preguntas para analizar las posibles causas de una situación, hasta llegar a la última causa que la originó. Se recomienda como mínimo establecer 3 niveles y como máximo 5, de manera que se permita establecer la causa raíz del hallazgo encontrado, como se explica en la siguiente imagen:

Incumplimiento o posible incumplimiento	Razones
1. ¿Por qué ocurrió la falla o defecto?	
2. ¿Por qué ocurrió esto?	
3. ¿Por qué ocurrió esto?	
4. ¿Por qué ocurrió esto?	
5. ¿Por qué ocurrió esto?	

Tabla 2. Explicación técnica “5 Por qué”

A continuación, se presenta ejemplo de aplicación de la técnica “5 Por qué”:

Incumplimiento o posible incumplimiento	Razones
Un producto defectuoso pesa más de lo permitido en las especificaciones.	
1. ¿Por qué ocurrió la falta o defecto?	Porque la báscula no pesaba bien.
2. ¿Por qué ocurrió esto?	Porque la báscula no estaba calibrada.
3. ¿Por qué ocurrió esto?	Porque no se siguió el calendario de calibración.
4. ¿Por qué ocurrió esto?	Porque la persona responsable estaba de vacaciones.
5. ¿Por qué ocurrió esto?	Porque no se designó un suplente que realice las calibraciones, o bien modificar el calendario de calibraciones para que no coincida con las vacaciones.

Tabla 3. Aplicación técnica “5 Por qué”

10. CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

Las actividades realizadas por los servidores públicos deben cumplir con las directrices emitidas por la Entidad, en particular las establecidas para asegurar el

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



respeto, la protección y garantía de los Derechos Humanos, en concordancia se debe tener en cuenta lo previsto en el documento:

[**POLÍTICA INSTITUCIONAL DE DERECHOS HUMANOS FC-D-M-001 \(005\)**](#)

Así mismo, se debe cumplir con las directrices emitidas por la Entidad, entre otras, en materia de:

[**GESTIÓN DOCUMENTAL AL-D-M-001 \(010\)**](#)

[**SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN SA-I-M-001 \(010\)**](#)

11. CONTENIDO

11.1. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - OFICINA DE CONTROL INTERNO

No.	PUNTO DE CONTROL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1	☐	Impartir instrucciones	Revisar e impartir instrucciones para la formulación de acciones de mejoramiento.	Director General, Directores, Jefes de Oficina, según sea el caso	Traslado de informe con instrucciones
2	☐	Identificar, observaciones, no conformidades o hallazgos	Identificación incumplimiento, posible incumplimiento de un objetivo o requisito.	Oficina de Control Interno	<u>ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)</u>
3	☐	Pregunta	¿Se requiere el establecimiento de una mesa de trabajo para articular esfuerzos y recursos para el desarrollo y mejoramiento de la gestión? SI: Pasar a la actividad 4. NO: Pasar a la actividad 5.	Responsable dependencia	N/A
4	☐	Establecer mesa de trabajo	Establecer integrantes de la mesa de trabajo para articular esfuerzos y recursos para la formulación de las acciones de mejoramiento	Responsable dependencia	Correo electrónico / <u>COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)</u>
5	☐	Analizar causas	Determinar la causa raíz del posible incumplimiento de un objetivo o requisito.	Responsable dependencia	<u>ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)</u>

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



6	☐	Establecer acciones de mejoramiento	Establecer las actividades que eliminarán las brechas, diferencias y desviaciones encontradas, así como la atención a las recomendaciones efectuadas.	Responsable dependencia / mesa de trabajo formulación acciones de mejoramiento	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
7	☐	Remitir acciones de mejoramiento	Remisión de acciones mejoramiento a la Oficina de Control Interno, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la entrega formal del informe.	Directivo responsable acciones de mejoramiento	Correo electrónico / COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)
8	☒	Revisar formulación acciones de mejoramiento	Revisión formulación de acciones de mejoramiento	Oficina de Control Interno	N/A
9	☐	Pregunta	¿El plan cumple con los lineamientos establecidos para la formulación de acciones de mejoramiento? SI: Pasar a la actividad 11. NO: Pasar a la actividad 10.	Oficina de Control Interno	N/A
10	☐	Devolver plan de mejoramiento	Devolución acciones de mejoramiento para revisión y reformulación. Pasar a la actividad 6.	Oficina de Control Interno	Correo electrónico / COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)
11	☐	Implementar acciones de mejoramiento	Ejecutar las acciones de mejoramiento formuladas y que atienden el posible incumplimiento de un objetivo o requisito.	Responsable dependencia	FICHA INFORMES O ESTUDIOS DE-P-F-006 (003) FICHA REPORTE DE EVENTOS DE-P-F-007 (004) FICHA CRONOGRAMA DE TRABAJO DE-P-F-008 (006) LISTA - REGISTRO DE ASISTENCIA DE-P-F-010 (006)

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



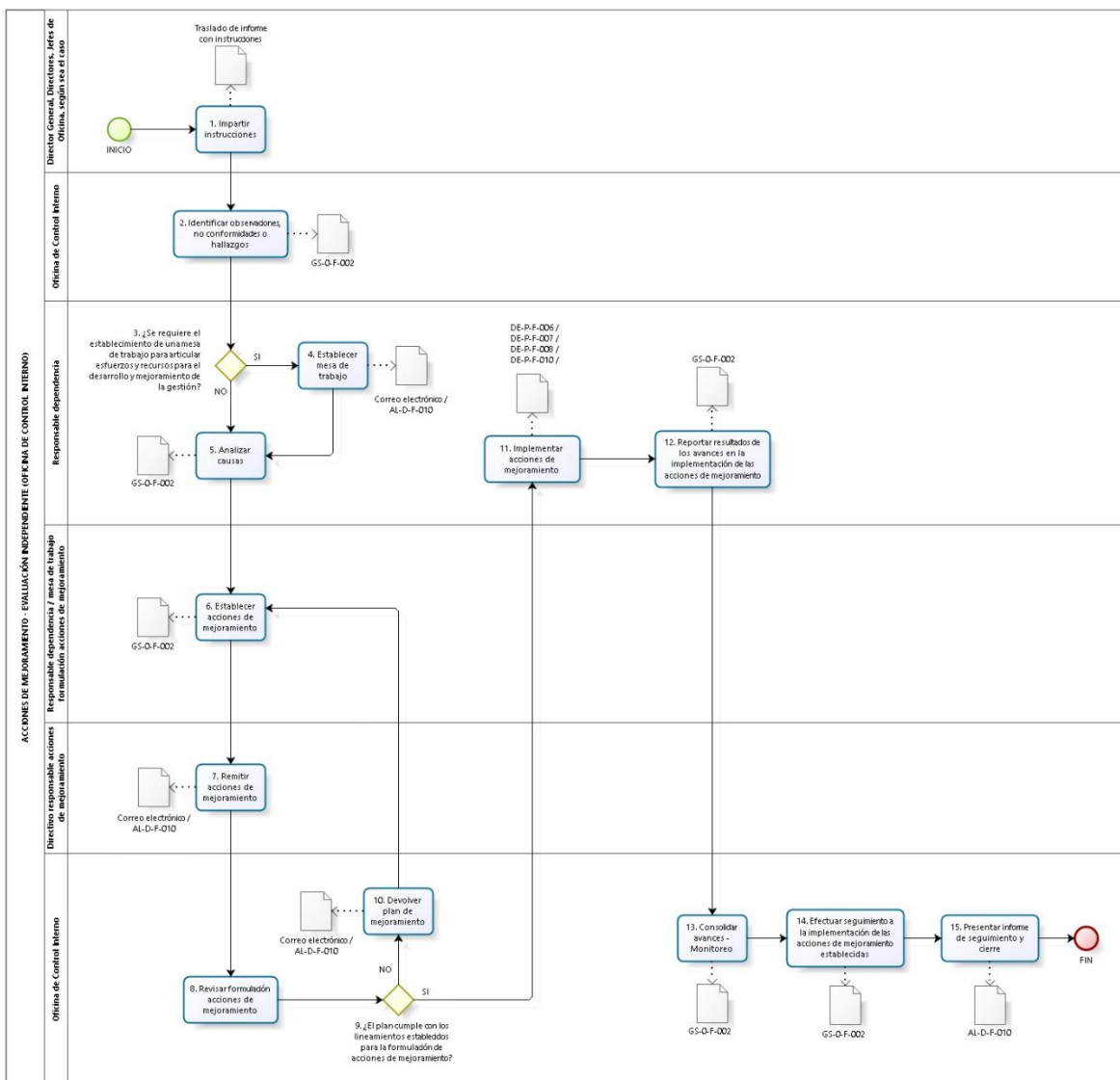
12	☐	Reportar resultados de los avances en la implementación de las acciones de mejoramiento	Reportar ejecución de las actividades adelantadas, teniendo como base los registros / evidencias correspondientes, dentro de los tres días hábiles de cada mes.	Responsable dependencia	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
13	☐	Consolidar avances - Monitoreo	Consolidación de los reportes efectuados y que hacen relación a la ejecución de los avances en la implementación de las acciones de mejoramiento.	Oficina de Control Interno	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
14	☒	Efectuar seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento establecidas	Realizar el seguimiento, verificando la información reportada, contra los soportes o evidencias correspondientes a la ejecución de las actividades.	Oficina de Control Interno	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
15	☐	Presentar informe de seguimiento y cierre	Presentar al Director General, dependencias o las entidades competentes, el informe de seguimiento correspondiente, precisando las actividades que se les da cierre por cumplimiento a las metas establecidas. FIN	Oficina de Control Interno	COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



11.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - INSPECTOR GENERAL

No.	PUNTO DE CONTROL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1	☐	Impartir instrucciones	Revisar e impartir instrucciones para la formulación de acciones de mejoramiento.	Director General	Traslado de informe con instrucciones
2	☐	Identificar recomendaciones.	Identificación recomendaciones para el mejoramiento del desempeño de la gestión adelantada.	Oficina de Planeación	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



3	☐	Establecer mesa de trabajo	Establecer integrantes de la mesa de trabajo para articular esfuerzos y recursos para la formulación de las acciones de mejoramiento.	Oficina de Planeación	Correo electrónico / COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)
4	☐	Establecer acciones de mejoramiento	Establecer las actividades que atenderán las recomendaciones efectuadas.	Mesa de trabajo formulación acciones de mejoramiento	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
5	☐	Remitir acciones de mejoramiento	Remisión de acciones mejoramiento a la Inspección General, dentro de los veinte (20) días hábiles posteriores a la entrega formal del informe.	Director General	Correo electrónico / COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)
6	☐	Incluir en el Plan Integrado Anual	Las acciones de mejoramiento propuestas se incluyen en el Plan Integrado Anual de las dependencias involucradas.	Oficina de Planeación	Plan Integrado Anual
7	☒	Revisar formulación acciones de mejoramiento	Revisión formulación de acciones de mejoramiento.	Inspector General	N/A
8	☐	Pregunta	¿El plan cumple con los lineamientos establecidos para la formulación de acciones de mejoramiento? SI: Pasar a la actividad 10. NO: Pasar a la actividad 9.	Inspector General	N/A
9	☐	Devolver plan de mejoramiento	Devolución acciones de mejoramiento para revisión y reformulación. Pasar a la actividad 4.	Inspector General	Correo electrónico / COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)
10	☐	Implementar acciones de mejoramiento	Ejecutar las acciones de mejoramiento formuladas y que atienden el posible incumplimiento de un objetivo o requisito, o una recomendación efectuada para el mejoramiento del desempeño de la gestión adelantada.	Responsable dependencia	FICHA INFORMES O ESTUDIOS DE-P-F-006 (003) FICHA REPORTE DE EVENTOS DE-P-F-007 (004) FICHA CRONOGRAMA DE TRABAJO DE-P-F-008 (006) LISTA - REGISTRO DE ASISTENCIA DE-P-F-010 (006)

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



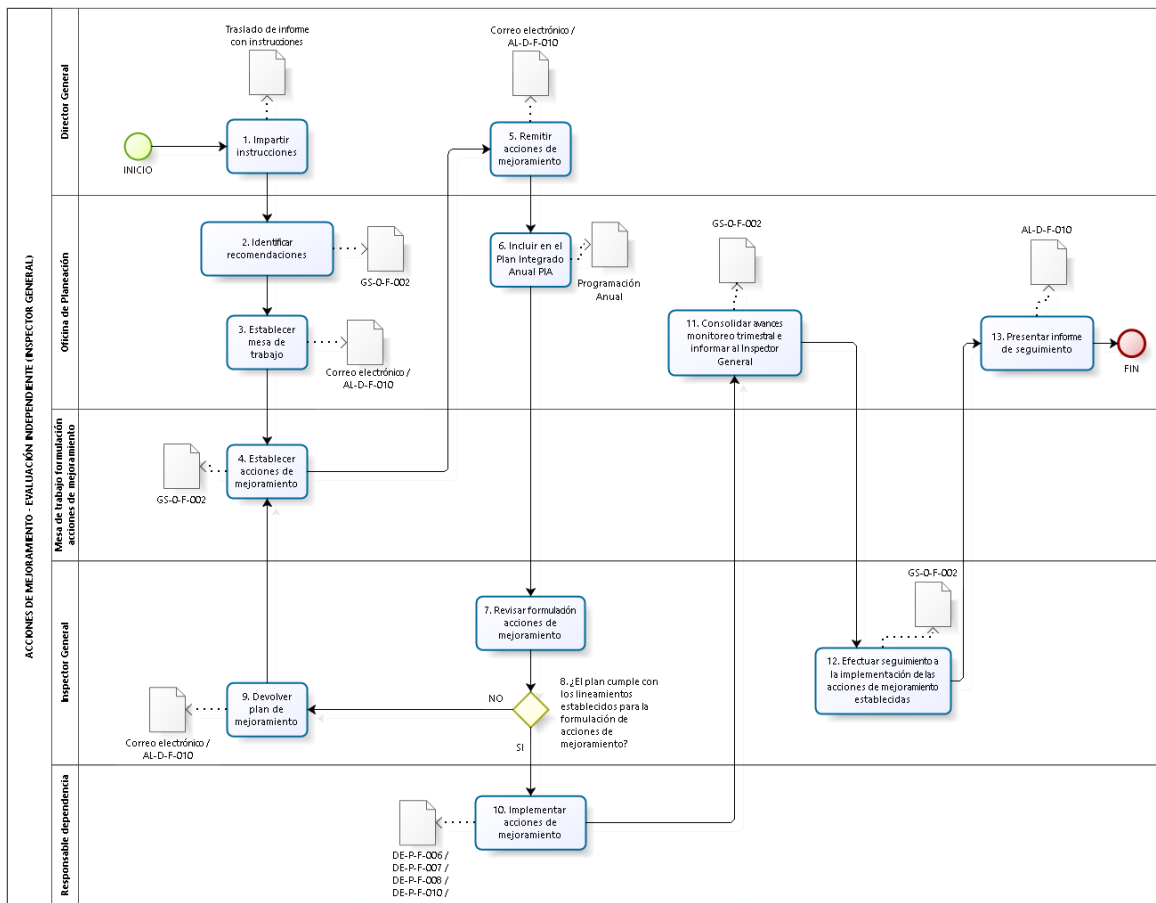
11	☐	Consolidar avances – Monitoreo trimestral e informar al Inspector General	Consolidación de los reportes efectuados y que hacen relación a la ejecución de los avances en la implementación de las acciones de mejoramiento, teniendo en cuenta lo reportado en el sistema de gestión institucional.	Oficina de Planeación	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
12	☒	Efectuar seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento establecidas	Realizar el seguimiento, verificando la información reportada, contra los soportes o evidencias correspondientes a la ejecución de las actividades.	Inspector General	ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-0-F-002 (007)
13	☐	Presentar informe de seguimiento	Presentar al Director General, el informe de seguimiento correspondiente, precisando las actividades que se les da cierre por cumplimiento a las metas establecidas; para remisión al Inspector General. FIN	Oficina de Planeación	COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



11.3. AUTOEVALUACIÓN

No.	PUNTO DE CONTROL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1	☐	Impartir instrucciones	Revisar e impartir instrucciones para la formulación de acciones de mejoramiento producto de la autoevaluación, precisando responsables.	Responsable dependencia	Instrucciones verbales o escritas (correo electrónico)
2	☐	Establecer acciones de mejoramiento	Establecer las actividades que atenderán las recomendaciones efectuadas e informar a los servidores públicos involucrados.	Responsables designados	FICHA CRONOGRAMA DE TRABAJO DE-P-F-008 (006)

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

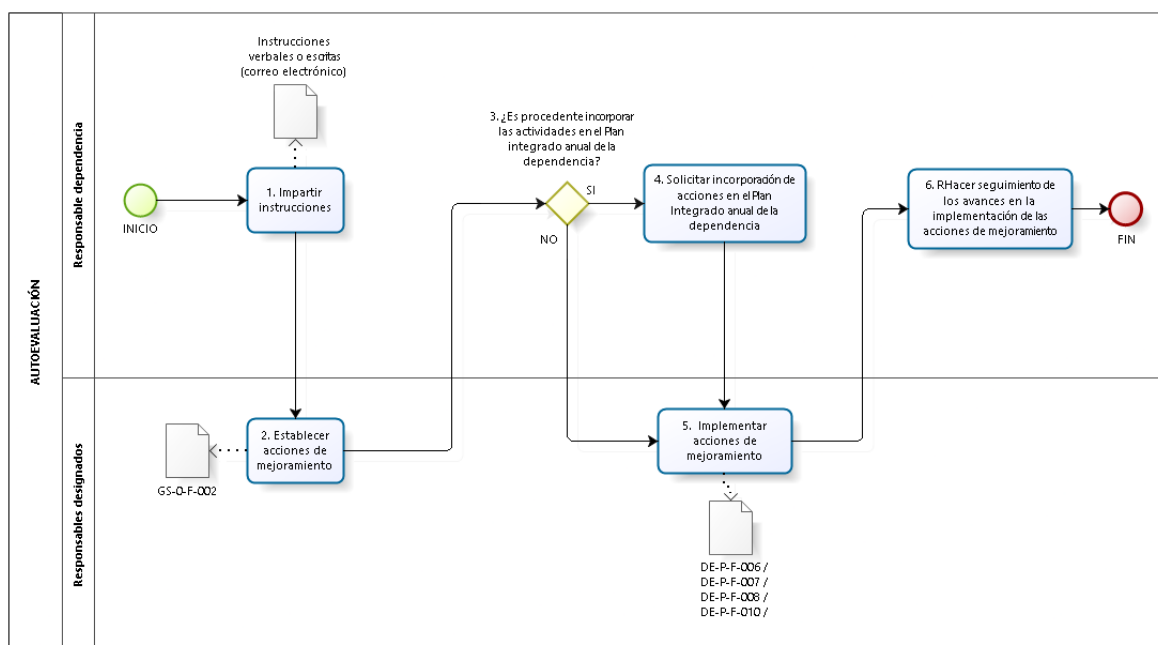
Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



3	☐	Pregunta	¿Es procedente incorporar las actividades en el Plan integrado anual de la dependencia? SI: Pasar a la actividad 4. NO: Pasar a la actividad 5.	Responsable dependencia	N/A
4	☐	Solicitar incorporación de acciones en el Plan Integrado anual de la dependencia	Remitir a la Oficina de Planeación el cronograma de actividades establecido	Responsable dependencia	Correo electrónico / COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 (012)
5	☐	Implementar acciones de mejoramiento	Ejecutar las acciones de mejoramiento formuladas	Responsables designados	FICHA INFORMES O ESTUDIOS DE-P-F-006 (003) FICHA REPORTE DE EVENTOS DE-P-F-007 (004) FICHA CRONOGRAMA DE TRABAJO DE-P-F-008 (006) LISTA - REGISTRO DE ASISTENCIA DE-P-F-010 (006)
6	☐	Seguimiento implementación de las acciones de mejoramiento	Efectuar seguimiento a las actividades previstas. FIN	Responsable dependencia	N/A



12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

VERSIÓN CON ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD
INFORMACIÓN DOCUMENTO ORIGINAL

Vigencia: A partir del 10-02-2026

Fecha de extracción del documento del sistema SIGI: 04-08-2026

Ajustes efectuados por la Oficina de Planeación



[GESTIÓN DOCUMENTAL AL-D-M-001 \(010\)](#)
[SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN SA-I-M-001 \(010\)](#)
[ACCIONES DE MEJORAMIENTO GS-O-F-002 \(007\)](#)
[FICHA CRONOGRAMA DE TRABAJO DE-P-F-008 \(006\)](#)
[SISTEMA DE PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE-P-M-003 \(006\)](#)
[FICHA INFORMES O ESTUDIOS DE-P-F-006 \(003\)](#)
[FICHA REPORTE DE EVENTOS DE-P-F-007 \(004\)](#)
[LISTA - REGISTRO DE ASISTENCIA DE-P-F-010 \(006\)](#)
[POLÍTICA INSTITUCIONAL DE DERECHOS HUMANOS FC-D-M-001 \(005\)](#)
[INNOVACIÓN FC-I-P-001 \(003\)](#)
[COMUNICACIÓN INTERNA GENERAL AL-D-F-010 \(012\)](#)

13. ANEXOS

N/A

1. "Se eliminan del presente documento, los nombres de los funcionarios, de acuerdo con el Artículo 21 de la Ley 1712 de 2014, por contener información clasificada como reservada conforme lo establece el Artículo 33 de la Ley 1621 de 2013, el Libro 2, Parte 2, Título 3, Capítulo 1 del Decreto 1070 de 2015 y por el Decreto 857 de 2014